

COUNTY OF LOS ANGELES

MARVIN J. SOUTHARD, D.S.W.
Director

ROBIN KAY, Ph.D.
Acting Chief Deputy Director

RODERICK SHANER, M.D.
Medical Director



BOARD OF SUPERVISORS

GLORIA MOLINA
YVONNE B. BURKE
ZEV YAROSLAVSKY
DON KNABE
MICHAEL D. ANTONOVICH

DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

http://dmh.lacounty.gov

550 SOUTH VERMONT AVENUE, LOS ANGELES, CALIFORNIA 90020

Name of Provider:

Phone Number:

Programa Especializado de Salud Mental de Medi-Cal
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
(Evaluación)

Fecha: _____

A: _____, Número de Medi-Cal _____

El Plan de Salud Mental del Condado de LOS ANGELES ha decidido, después de analizar los resultados de una evaluación de su condición de salud mental, que su condición no cumple con las normas de necesidad médica, a fin de reunir los requisitos para recibir servicios especializados de salud mental a través del plan.

Según la opinión del Plan de Salud Mental, su condición de salud mental no cumplió con las normas de necesidad medica, que se cubren en los reglamentos estatales de la Sección 1830.205 del Título 9 del Código de Reglamentos de California (California Code of Regulations – CCR), por la razón marcada a continuación:

- Four checkboxes with corresponding text describing reasons for non-compliance with medical necessity standards, such as 'Su diagnóstico de salud mental según se indica en la evaluación no lo cubre el Plan de Salud Mental...'.

Si usted está de acuerdo con la decisión del plan, y le gustaría recibir información sobre cómo encontrar un proveedor fuera del plan para que le de tratamiento, puede llamar y hablar con un representante de su plan de salud mental al (800) 854-7771 o escribir a:

Programa de Servicios al Beneficiario, Oficina de Derechos de Pacientes, 550 S. Vermont Ave., Los Angeles, CA 90020

Si usted no está de acuerdo con la decisión del plan, puede hacer uno o más de lo siguiente:

Puede pedirle al plan que haga los arreglos para obtener una segunda opinión sobre su condición de salud mental. Para esto, puede llamar y hablar con un representante de su plan de salud mental al (213) 738-4949 o escribir a:

Programa de Servicios al Beneficiario, Oficina de Derechos de Pacientes, 550 S. Vermont Ave., Los Angeles, CA 90020

Usted puede presentar una apelación a su plan de salud mental. Para hacer esto, usted puede llamar y hablar con un representante de su plan de salud mental al (213) 738-4949 o escribir a:

Programa de Servicios al Beneficiario, Oficina de Derechos de Pacientes, 550 S. Vermont Ave., Los Angeles, CA 90020

o seguir las instrucciones en el folleto de información que su plan de salud mental le ha dado. Usted debe presentar la apelación antes de 90 días a partir de la fecha de esta notificación. En la mayoría de los casos el plan de salud mental deberá tomar una decisión sobre su apelación antes de 45 días de la fecha en que recibieron su queja. Usted puede pedir que le aceleren su apelación, a la cual se le debe dar una decisión en menos de 3 días hábiles, si usted cree que un retraso podría causar serios problemas con su salud mental, incluyendo problemas con su habilidad de obtener, mantener o recuperar funciones importantes en su vida.

Si tiene preguntas acerca de esta notificación, puede llamar y hablar con un representante de su plan de salud mental al (213) 738-4949 o escribir a: Programa de Servicios al Beneficiario, Oficina de Derechos de Pacientes, 550 S. Vermont Ave., Los Angeles, CA 90020

Si está en desacuerdo con el resultado de su apelación, puede solicitar una audiencia estatal. En el reverso de este formulario se le explica cómo solicitarla.